5.

A M. le docteur Giraldès
hommage de l'auteur
Dolbeau

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 2 mai 1856,

Par HENRI-FERDINAND DOLBEAU,

né à Paris,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine,
Interne en Chirurgie et en Médecine des Hôpitaux de Paris,
Lauréat des Hôpitaux (Mention honorable),
Médaille du Choléra 1854,
Membre de la Société Anatomique.

ÉTUDE
SUR LES GRANDS KYSTES
DE LA SURFACE CONVEXE DU FOIE.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1856

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	.....
Physiologie	BÉRARD, Président.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON, Examinateur.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	J. CLOQUET. DENONVILLIERS.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
BECQUEREL.
BOUCHUT.
BROCA.
DELPECH.
DEPAUL.
FOLLIN.
GUBLER.
GUENEAU DE MUSSY.
HARDY, Examinateur.
JARJAVAY.
LASÈGUE.

MM. LECONTE.
ORFILA.
PAJOT.
REGNAULD.
A. RICHARD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY, Examinateur.
SEGOND.
VERNEUIL.
VIGLA.

AVANT-PROPOS.

J'avais choisi la région axillaire comme sujet de ma dissertation inaugurale. Déjà j'ai fait de nombreuses recherches sur l'anatomie chirurgicale de cette région; mais il y a là des difficultés à résoudre, la solution du problème exige de nombreuses dissections, des injections multipliées. J'ai dû remettre à plus tard la rédaction de ce travail. Certaines circonstances particulières, la nécessité d'être à temps pour prendre part aux concours des hôpitaux, m'ont fait un devoir de terminer promptement. Les kystes du foie sont surtout du domaine de la médecine; aussi, destiné par goût à la pratique de la chirurgie, je montre, en prenant ce sujet de thèse, que dans mon esprit la médecine et la chirurgie ne sont que les deux parteis d'un grand tout, l'art de guérir. J'ajoute de suite que je ne m'occupe dans mon mémoire que des grands kystes, c'est-à-dire de ceux qui réclament les secours de la chirurgie. J'ai choisi un sujet qui tient d'un côté à la chirurgie car c'est l'instrument tranchant qui doit donner issue au liquide du kyste; mais il est aussi du domaine de la pathologie interne. En effet,

quelle est l'influence des agents extérieurs sur ces grandes cavités? que peuvent les topiques, quels sont les accidents à redouter, lorsque que ces kystes viennent à s'enflammer? Voilà autant de questions que le médecin doit résoudre avant d'entreprendre la cure d'un kyste viscéral.

ÉTUDE

SUR

LES GRANDS KYSTES

DE LA

SURFACE CONVEXE DU FOIE.

L'objet de ce travail est d'attirer l'attention des observateurs sur une variété de kystes hydatiques du foie, que je propose de désigner sous le nom de *grands kystes de la surface convexe du foie.*

Tout récemment, M. Vigla, à l'occasion d'un fait particulier, communiqué à l'Académie, a entrepris de faire l'histoire des kystes hydatiques de la cavité thoracique. Dans ce savant mémoire, M. Vigla a divisé les kystes thoraciques en deux groupes : 1° hydatides de la cavité thoracique, développées en dehors du poumon; 2° hydatides développées dans le poumon lui-même. Le premier groupe comprend plusieurs sections, dont l'une est relative aux hydatides du foie et de la rate, qui envahissent secondairement la cavité thoracique. L'analogie entre les effets produits par les kystes développés primitivement dans le thorax et par ceux qui sont partis de l'abdomen pour occuper secondairement le thorax a motivé l'établissement de la section; mais M. Vigla n'a fait qu'effleurer ce point, laissant à

d'autres le soin de rédiger le chapitre. Bien longtemps avant la publication du travail de M. Vigla, j'avais entrepris des recherches pour faire l'histoire des kystes du foie qui envahissent la poitrine : aujourd'hui je mets à exécution un projet anciennement formé, et je m'applaudis de pouvoir aider à combler cette lacune que vient de signaler M. Vigla.

J'apporte des faits que j'ai recueillis pendant mon internat dans les hôpitaux ; je joins à cela les quelques observations qu'on trouve dans les recueils : en tout, huit exemples de la maladie dont je m'occupe. Je dois aux savantes leçons de mes maîtres d'avoir pu entreprendre l'étude de ce point de la science.

Les organes glanduleux, et le foie en particulier, sont souvent le siége de kystes ; ces kystes peuvent présenter toutes les variétés de volume. Les petits kystes du foie passent ordinairement inaperçus, ils sont au plus l'origine de quelques douleurs vagues ; les kystes volumineux, au contraire, forment des tumeurs qui gênent mécaniquement et qu'on doit chercher à faire disparaître. Cette division en grands et petits kystes a déjà été établie pour d'autres organes ; elle est proposée par M. Gosselin, dans son remarquable travail sur les kystes du testicule. Cette distinction est pratique ; aussi faut-il s'entendre sur les mots grands et petits kystes. Les grands kystes de l'épididyme sont bien petits, à côté des grands kystes du foie ; aussi nous définissons grands kystes du foie les collections liquides qui, siégeant dans ce viscère, forment une tumeur appréciable, et qui occasionnent une gêne mécanique plus ou moins grande relativemnt aux organes du voisinage.

Cette définition pourra paraître vague, mais elle est pratique. Je m'explique : on peut rencontrer dans le foie des kystes ayant le volume d'une tête de fœtus, par exemple ; mais ces kystes, à moins d'être superficiels, ne pourront qu'être soupçonnés. Il est peu probable qu'un pareil kyste occasionne jamais un gêne mécanique bien notable. Sous le nom de grands kystes, nous voulons donc désigner des collections renfermant plus d'un litre de liquide. Certes on peut traiter, faire disparaître même, des kystes d'un volume moindre ;

mais on peut nier l'opportunité d'une pareille tentative pour un mal à peine sensible et qui ne détermine aucun trouble mécanique.

Les grands kystes du foie, ainsi définis, prennent leur origine soit à la face inférieure, soit à la face supérieure ou convexe du foie. Dans tous les cas, le début a lieu dans l'épaisseur de l'organe lui-même, mais dans un point plus rapproché de l'une des deux faces de l'organe. A mesure que le mal fait des progrès, la tumeur devient saillante à la surface du foie, et son développement ultérieur se fait en raison de la résistance des organes voisins. Les kystes de la face inférieure, loin de remonter, tendent à descendre vers la cavité du bassin ; ils forment des tumeurs dont le diagnostic nous paraît devoir être, en général, simple. Mais je laisse de côté ces kystes, pour ne m'occuper que de ceux qui se développent primitivement à la face convexe. Je pense que cette dernière variété des grands kystes du foie doit être étudiée à part ; leur diagnostic peut donner lieu à plusieurs sortes d'erreurs ; leur marche est différente, et leurs conditions physiques me paraissent plus favorables à obtenir la guérison.

Soit un grand kyste se développant vers la surface convexe du foie : nous avons dit que ces tumeurs se développent d'ordinaire dans le parenchyme de l'organe, mais plus près de la surface que du centre ; il en résulte qu'à un certain moment de son évolution, un kyste de la surface convexe du foie fera relief, et si le développement continue, la tumeur se portera là où elle éprouvera le moins de résistance. Étudions cette marche, et voyons qu'elle est régulière, subordonnée aux conditions anatomiques et physiologiques. Le kyste de la face convexe répond en bas au foie, organe volumineux et dont les moyens de fixité sont très-développés ; par en haut, les limites de la tumeur sont formées par le diaphragme, organe mou, élastique et extensible. De plus, le kyste se trouve situé à la limite de deux cavités dont les conditions de pression sont bien différentes. En effet, ainsi que l'a très-bien indiqué M. le professeur P. Bérard, à l'article *Abdomen* du Dictionnaire en 30 vol., le thorax

et l'abdomen sont dans des conditions tout opposées : dans la cavité du ventre, il y a en quelque sorte un trop-plein ; les organes sont sollicités dans tous les sens, et la moindre ouverture donne passage à une hernie; au contraire, dans le thorax, il y a un vide virtuel, et dans le moment de l'expiration, tous les organes tendent vers cette cavité ; le ventre, qui se tend pendant l'inspiration, devient mou pendant l'expiration.

Il résulte de tout cela qu'un kyste situé à la surface convexe du foie, et dont le développement continue de se faire, a de la tendance à gagner la cavité thoracique. Du côté du ventre, il rencontre la pression générale et la résistance propre du foie, qui l'empêche de descendre; du côté des plèvres au contraire, le diaphragme seul lui fait obstacle. Le muscle se laisse donc refouler, le poumon fait place, et le kyste remonte ainsi coiffé d'une couche musculaire, qui va sans cesse s'amincissant et qui finit même quelquefois, mais c'est l'exception, par se rompre. La rupture du diaphragme paraît être l'exception. En effet, dans les 8 observations que nous avons réunies, nous trouvons que 6 fois le diaphragme était intact, quoique le kyste remontât jusqu'à la deuxième ou troisième côte. Du reste, c'est là un point souvent difficile à élucider ; les auteurs sont souvent indécis. Les détails donnés à ce sujet par M. Caron, dans une observation qu'il a publiée dans la *Gazette médicale*, ne me paraissent pas suffisants pour admettre que le kyste était situé au-dessus du diaphragme ; nous inclinons même à penser qu'il s'agissait d'un kyste du foie refoulant le diaphragme bien plus que d'un kyste de la cavité pleurale.

Dans la marche des kystes de la surface convexe du foie, il n'y a rien d'absolu. Le foie cède bien un peu aux efforts du kyste ; il s'abaisse légèrement, et quelquefois il peut arriver jusqu'à l'ombilic. Cet abaissement, que nous croyons consécutif, est une circonstance heureuse qui permet de percevoir la fluctuation dans la portion abdominale de la tumeur et qui facilite la ponction du kyste au-dessous du rebord des côtes. On peut enfin constater que la matité qui

occupera le thorax ne fait qu'un même tout avec la matité hépatique.

Pour compléter l'étude de la marche de ces kystes, j'ajouterai que la tumeur, sollicitée de toute part, peut trouver une issue vers l'épigastre. Là le foie est plus petit, sa partie gauche n'est pas fixée aussi exactement que son lobe droit; de plus l'estomac est mobile, se laisse comprimer. Dans toutes les observations, le creux épigastrique n'existe plus, et cette région est le siége d'une voussure très-notable.

Les kystes de la surface convexe du foie ont très-peu de tendance à se porter en arrière, où ils rencontreraient le diaphragme, les côtes, et par en bas le gros bord du foie, qui est très-adhérent. Ceci est important : soit un kyste développé dans le rein droit, la tumeur est arrêtée en haut par le foie, en avant par un lame fibreuse qui fixe le rein au devant du carré lombaire; il en résulte que les tumeurs rénales, un peu volumineuses, se portent en arrière. M. Rayer a indiqué comme un bon signe des tumeurs rénales la voussure en arrière de la région lombaire.

Les kystes de la rate sont placés dans des conditions analogues à ceux du foie; ils sont sollicités vers la cavité thoracique, mais on les voit rarement remonter bien haut, la rate n'étant pas un organe capable de résister, par sa masse et par ses adhérences, au développement d'une tumeur. C'est pourquoi voit-on le plus souvent ces tumeurs se porter en avant et vers l'épigastre. On trouve dans les bulletins de la Société anatomique pour 1854, un bel exemple de kyste de la rate envahissant le thorax; l'observation est due à M. Rombeau, interne des hôpitaux.

En résumé, tous les organes abdominaux peuvent devenir le siége de kystes; mais ceux de la face convexe du foie ont une marche qui leur est en quelque sorte propre : ils se dirigent toujours vers la cavité thoracique, et cela pour des raisons purement mécaniques.

Cette propagation des kystes du foie dans la cavité thoracique a pour résultat immédiat le refoulement du poumon droit; le péri-

carde et le cœur subissent également un déplacement. En effet l'enveloppe du cœur est fixée d'une manière absolue au folliole médian du diaphragme, par conséquent tout kyste un peu volumineux qui porte le diaphragme en haut refoule le cœur dans le même sens; de plus le kyste envahissant la partie droite du thorax refoule le cœur à gauche. Nous avons signalé plus haut cette tendance des kystes à se porter obliquement en haut et à gauche.

Supposons maintenant un kyste de la cavité pleurale, et voyons les forces qui sollicitent ce produit dans son développement. Le kyste va-t-il se porter vers l'abdomen : de ce côté, il rencontre la pression excentrique qui règne dans le ventre, et de plus, le foie, qui est un organe volumineux, bien fixé à sa place; dans le thorax vide virtuel, organes mous, compressibles. Personne n'hésitera à dire que le kyste se développera dans la cavité thoracique, et cela du côté où elle rencontrera le moins de résistance, c'est-à-dire dans la plèvre correspondante, puis du côté opposé, en refoulant les médiastins. Ceci est surtout applicable aux kystes du côté droit, et c'est ce qui nous importe pour le diagnostic entre les kystes du foie ayant envahi le thorax et les kystes développés primitivement dans la plèvre. Les premiers, tout en se développant vers le thorax, refoulent le foie vers l'ombilic; les autres ne déplacent pas le foie, car ils tendent à envahir le thorax, où ils sont nés.

Après cette étude de la physiologie pathologique des kystes du foie, nous allons nous occuper des symptômes qui sont propres aux grands kystes de la surface convexe arrivés à leur état de développement, c'est-à-dire grands kystes qui doivent être attaqués par les moyens chirurgicaux. Nous laissons donc de côté ce qui a rapport à l'étiologie bien vague de cette affection; nous mentionnerons cependant parmi les symptômes de début, et comme marquant les premiers temps de la maladie, une douleur de côté. Cette douleur paraît constante, elle nécessite souvent l'intervention de la médecine; cette douleur a pu faire croire à l'existence d'une pleu-

résie, c'est ce que nous montre l'histoire des observations 1, 2, 4, 5, 6 et 7.

Les symptômes qu'on observe chez un malade atteint d'un kyste du foie intrathoracique peuvent être distingués en locaux et généraux. Ces derniers sont peu importants; ce sont ceux de la cachexie par anémie. On observe souvent des hémorrhagies : ainsi la malade de l'observation 1re était sujette aux épistaxis; celle du n° 2 avait des pertes utérines, et ses crachats renfermaient du sang. Il y a un léger amaigrissement, ce qui fait voir aux malades que leur côté droit prend du développement; il y a généralement absence de fièvre; mais quelquefois il y a un mouvement fébrile, à retour périodique (obs. 2); généralement il n'y a pas de gonflement des extrémités, car les gros tronc veineux restent intacts. Dans l'observation 8, les membres inférieurs étaient infiltrés.

Les digestions sont bonnes, quoiqu'il y ait un peu de dyspepsie; le cours de la bile ne paraît pas entravé; on n'a jamais observé l'ictère.

La seule fonction qui soit notablement modifiée, c'est la respiration; aussi la dyspnée est-elle le symptôme le plus frappant, sa raison est toute mécanique. Les malades toussent, et comme à ces signes se joignent ceux d'une altération notable de la santé, on a pu croire, dans quelques cas, à des lésions graves des poumons; ainsi la malade qui est le sujet de l'observation 2 avait été adressée à M. Briquet, comme atteinte de tuberculisation pulmonaire.

Si à tout ce qui vient d'être dit, on joint quelques douleurs vagues du côté, un sentiment de plénitude épigastrique, de la gêne à supporter les ceintures des vêtements, on aura l'ensemble symptomatique des malades atteints de kystes de la face convexe du foie.

L'examen des signes locaux présente, on le voit, une grande importance; ils nous sont fournis par l'inspection de la région, la palpation, la percussion, et l'auscultation.

1° *Inspection de la région.* L'examen du ventre et de la poitrine

permet de constater une déformation très-évidente et presque caractéristique ; la base du thorax, à droite, paraît plus volumineuse, plus large. Le rebord des dernières côtes ne fait plus la saillie habituelle, au-dessous l'on trouve une voussure très-notable ; le creux épigastrique n'existe plus, il est remplacé par un relief sensible à la vue.

2° *Palpation*. Les détails précédents sont confirmés par la palpation ; en effet, l'abdomen n'est plus dépressible ; au niveau du flanc droit et de la région épigastrique, la main rencontre, derrière la paroi, une résistance assez élastique, surtout dans le flanc. Outre la résistance générale, on peut encore constater la présence d'une tumeur, dont on perçoit assez bien les contours, et dont la forme et la consistance sont assez régulières. Souvent on peut apercevoir une fluctuation manifeste, surtout au-dessous des côtes et vers l'épigastre.

La palpation est à peine douloureuse ; elle n'indique pas une augmentation bien notable des vibrations thoraciques.

3° *Percussion*. Ce moyen d'investigation nous fournit les limites fixes de la tumeur abdominale ; elle nous montre la matité remontant dans le thorax, à droite, mais en formant un tout continu. C'est elle qui nous fait voir que la tumeur atteint la deuxième côte, ou bien qu'elle a refoulé le cœur à gauche, comme dans l'observation 3. La percussion nous permet de juger de la consistance, de la densité de la tumeur dans ses différents points. La percussion de l'hypochondre n'est pas douloureuse. Dans les huit observations que nous publions, la percussion n'a pas fourni un signe dont l'existence serait bien précieuse pour le diagnostic ; je veux parler de la vibration, du frémissement hydatique. La raison de l'absence de ce signe est difficile à donner : dans presque toutes les observations, il s'agissait d'hydatides dites solitaires ; mais, dans l'observation 1, le kyste renfermait un grand nombre de vésicules hydatiques. On ne peut donc pas accepter, comme cause du frémissement, la collision des hydatides.

J'ai plusieurs fois, et à l'amphithéâtre, provoqué le frémissement hydatique sur des kystes solitaires; je pense que ce n'est pas dans le nombre des vésicules, mais dans leurs qualités physiques, qu'il faut chercher la cause du phénomène désigné sous le nom de frémissement hydatique.

4° *Auscultation.* L'examen des bruits normaux de la respiration permet de constater leur absence dans tous les points qui sont envahis par la tumeur; par ce moyen, on constate le refoulement du cœur. La voix n'est pas modifiée, elle manque au niveau de la tumeur; mais elle n'a pas le caractère égophonique au niveau du point où cesse la matité. Du reste, entre l'absence et la présence du murmure respiratoire, il y a une foule de points intermédiaires; les signes n'ont pas une limite bien nette qu'on peut indiquer par une ligne, comme dans les cas d'hydrothorax.

Nous venons de passer en revue les différents symptômes que l'on rencontre dans les cas de kystes de la face convexe du foie; aucun de ces signes n'a de valeur absolue, on les rencontre les uns ou les autres dans des maladies de nature et de siége bien différents: aussi nous déclarons que le diagnostic ne doit pas être établi d'après un ou plusieurs caractères, mais d'après un ensemble symptomatologique. Toutefois la déformation, portant sur l'hypochondre et le flanc droit, en même temps que sur la base du thorax et sur la région épigastrique, nous paraît avoir une grande valeur. Quelle maladie, autre qu'une tuméfaction du foie, peut amener un tel changement? Les hydropisies de la plèvre droite ont bien pu, nous l'accordons, abaisser le foie, mais c'est après avoir envahi préalablement la cavité thoracique; un épanchement aussi abondant entraîne avec lui l'existence de symptômes qui diffèrent de ceux que nous indiquons pour les kystes hépatiques. L'étude de la maladie dans sa marche, quelques modifications stéthoscopiques, feront reconnaître la pleurésie. Dans les kystes du foie, l'auscultation ne nous donne que des

signes négatifs, la matité a une forme presque spéciale, c'est un cône à sommet supérieur.

Quant aux tumeurs du foie, elles seront distinguées : le cancer formera une masse très-dure, irrégulière de forme et de consistance, coïncidera avec une santé altérée, et s'accompagnera de troubles digestifs. Les abcès du foie, généralement moins volumineux, s'accompagneront d'une douleur fixe et de réaction générale; rien de semblable pour les kystes du foie, qui forment une tumeur régulière, élastique, quelquefois fluctuante, etc. L'hypertrophie simple se distinguera également par sa consistance. Le diagnostic des kystes de la surface convexe du foie nous paraît donc une chose assez généralement simple, en admettant toutefois qu'on y regarde avec soin. Nous reconnaissons cependant une grande analogie entre les signes fournis par cette maladie et ceux qui coïncident avec des kystes développés primitivement dans la cavité de la plèvre; toutefois nous croyons qu'ici encore le diagnostic est possible. Seuls les kystes du foie détermineront la déformation indiquée ci-dessus; il faut de plus prendre en considération ces hémorrhagies qui marquent le début des affections du foie, enfin la très-grande fréquence relative des kystes du foie. En effet, l'existence des kystes hydatiques de la plèvre n'est établie que par quelques faits, dont certains manquent de détails suffisants. Enfin, et pour dire notre pensée, l'observation si curieuse placée en tête du mémoire de M. Vigla nous paraît devoir être rapportée à un cas de kyste du foie, plutôt qu'à un cas de kyste de la plèvre: c'est là du reste une opinion que l'autopsie seule pourrait détruire ou confirmer; mais nous ne pouvons nous empêcher de trouver une grande analogie entre l'observation de M. Vigla et les nôtres, avec cette seule différence, que guérisseur moins heureux, nous avons été à même de vérifier sur le cadavre le diagnostic porté au lit du malade.

Traitement. — Nous arrivons maintenant à la question du traitement des kystes du foie. Ce n'est pas sans un certain embarras que

nous abordons la discussion d'un pareil problème; toutefois, sans avoir la prétention de donner la solution, nous ne pouvons nous empêcher d'exposer notre manière de voir. L'examen des malades, la lecture de nombreuses observations, tel a été le guide de notre jugement. Avant d'aller plus loin, posons une question : les kystes du foie sont-ils susceptibles d'une guérison spontanée par les seuls efforts de la nature? La réponse est facile : Oui, les kystes du foie arrivent à la guérison sans l'intervention de l'art; voici par quel mécanisme : le développement du kyste se fait au milieu des éléments qui constituent la substance du foie; il arrive alors que, un ou plusieurs canaux biliaires étant usés, la bile s'épanche et devient l'occasion de la guérison spontanée du kyste. En effet, les kystes encéphalocystes sont frappés de mort, se flétrissent, se juxtaposent, et en même temps le kyste adventice, se rétractant, achève l'oblitération de la poche.

Ce mécanisme de la cure spontanée des hydatides du foie nous est révélé par l'examen anatomique de certains kystes. Il n'est pas rare de rencontrer, dans l'organe hépatique, ces kystes contenant une sorte de bouillie colorée en jaune et renfermant chimiquement tous les éléments de la bile, surtout de la cholestérine. Cette dernière substance forme souvent de petits calculs; on trouve de plus les encéphalocystes rapprochés les uns des autres comme les feuilles d'un bourgeon; enfin l'étude des parois montre des orifices en communication avec les voies biliaires (obs. 2). Cet aspect particulier des kystes du foie était connu des anciens, qui considéraient ces masses comme des kystes athéromateux. L'anatomie a donné l'explication de cette variété de kystes, qui, loin de former une espèce, ne constitue que la transformation d'un même produit.

Cette guérison par l'entrée de la bile à l'intérieur du kyste celluleux paraît n'exister que pour des kystes d'un petit volume; dans notre observation 2, cinq kystes guéris avaient un volume qui variait entre celui d'une noix et celui d'une pomme.

De ce qui précède, nous concluons que la cure spontanée est une

chose certaine, qu'elle s'observe souvent, ainsi que le montrent de nombreuses autopsies. Enfin elle semble devoir se produire avant que le kyste ait atteint un grand développement, d'où il résulte que les petits kystes du foie doivent être abandonnés à eux-mêmes ; mais les gros, ceux qui font l'objet de ce mémoire, il faut les traiter, car les faits nous apprennent qu'ils gênent mécaniquement, et que leur terminaison est presque toujours funeste. Ces kystes ont grande tendance à s'enflammer spontanément, aussi la moindre opération expose-t-elle à cette complication toujours grave, à cause même du volume de la tumeur. Par conséquent il faudra toujours compter sur la suppuration et choisir une méthode de traitement qui permette de remédier aux accidents. La méthode de Récamier a pour but de fixer la tumeur à la paroi abdominale, afin de faire au kyste une large ouverture qui permette à la suppuration de s'écouler, et qui donne entrée aux injections médicamenteuses. L'adhérence du kyste à la paroi abdominale trouve son utilité, dans la crainte de voir le kyste revenir sur lui-même, abandonner la paroi, et laisser son contenu pénétrer dans la cavité du péritoine. Nous avons insisté sur l'épaisseur des parois des kystes hydatiques, et nous avons toujours noté que, quand sur le cadavre on vide ces tumeurs, les parois restent éloignées les unes des autres. Il n'en est pas ainsi pour les kystes séreux de l'ovaire; par conséquent, tout en admettant que la rétraction est le seul mode de guérison, nous considérons ce phénomène comme devant être très-lent à se produire; d'où il suit qu'au moment d'une ponction, il n'y a pas lieu de craindre le retrait de la tumeur.

J'ajoute une remarque qui a trait à la variété de kyste que nous étudions. Le kyste étant rattaché au foie par sa base, la rétraction dans le sens transversal est à peine possible; il y aura au plus, après la ponction, un affaissement du sommet de la tumeur vers sa base ; le diaphragme, cessant d'être refoulé, tend sans cesse à s'abaisser, et par suite à déprimer le kyste sur le foie. C'est donc une circon-

stance favorable, propre aux kystes situés entre le foie et le diaphragme.

Si le retrait n'est pas une chose à craindre au moment de la ponction, les adhérences entre le kyste et la paroi abdominale cessent d'avoir une utilité absolue ; il nous paraît donc inutile de faire souffrir les malades par des applications successives de caustique. Nombre de fois nous avons observé un mouvement fébrile, dû à ces applications successives de la pâte de Vienne. La perforation est lente, demande beaucoup de temps, et souvent les accidents de suffocation ne permettent pas d'attendre l'établissement des adhérences, ainsi que le montre l'obs. 1re.

Nous pensons donc qu'il faut faire la ponction du kyste au-dessous du rebord costal, vers le bord externe du muscle droit ; on emploiera un gros trois-quarts, dont la canule, munie d'oreilles, sera fixée à demeure au moyen de rubans ou de bandelettes. Par cette voie, on pourra vider le kyste et y faire des injections. Mais la présence d'une grosse canule à demeure est-elle sans inconvénient? C'est là une objection qu'on nous posera. J'ai vu deux fois M. le professeur Velpeau laisser à demeure des canules dans des kystes purulents de l'abdomen, le tout sans troubles notables ; M. Jobert a plusieurs fois employé cette méthode pour les kystes de l'ovaire ; j'ai moi-même traité de cette façon un kyste de l'ovaire, dans le service de M. Briquet. Dans tous ces cas, la présence de la canule n'a été suivie d'aucun accident ; de plus elle détermine la formation d'adhérences très-solides.

Quel que soit le moyen mis en usage, supposons le kyste communiquant à l'extérieur au moyen d'une large fistule abdominale, que va-t-il survenir? Le kyste va s'enflammer, le liquide se décomposera, et la résorption des éléments putrides viendra menacer la vie du malade ; il faudra donc donner issue à ce produit, et empêcher cette altération du liquide au moyen des injections. L'injection iodée paraît avoir obtenu l'approbation de tous les chirurgiens ; elle a donné de beaux résultats pour les kystes du foie, ainsi qu'on peut

le voir en lisant les observations. Qu'il nous soit permis cependant une objection qui nous a été suggérée par l'examen cadavérique de quelques kystes, différents par leur siége anatomique et traités tous par l'injection iodée. Dans tous les cas, on trouve à la face interne du kyste, qui se rétracte, une doublure d'épaisseur variable, quelquefois 1 demi-millimètre, 1 millimètre même. Cette doublure est constituée par un mélange d'iode et de matières albumineuses; elle est ferme, résistante, a la consistance du cuir; elle est un peu élastique et d'une couleur feuille morte. J'ignore ce que deviennent ces couches, qu'on ne peut caractériser de membranes; mais je crois que leur présence pourrait être une cause de difficulté pour l'occlusion complète du kyste. Une observation de la thèse de M. Cadet de Gassicourt montre que l'écoulement de la bile à l'intérieur d'un kyste en voie de traitement suffit pour éviter la décomposition putride, qui survenait aussitôt que l'écoulement venait à cesser; de plus l'anatomie pathologique nous apprend que c'est la bile qui détermine la guérison spontanée des kystes du foie. Ne vient-il pas à l'idée des lecteurs qu'on pourrait essayer, comme moyen thérapeutique des kystes du foie, l'injection de bile à l'intérieur de ces tumeurs? L'expérience seule peut résoudre une pareille question; mais ce moyen doit même être placé avant celui qui consisterait à pratiquer une opération ayant pour but d'établir une fistule biliaire à l'intérieur du kyste.

Je ne puis terminer sans faire mention d'une méthode qui consiste à traiter les kystes du foie par des ponctions faites avec le trocart explorateur, sans faire d'injection. Quelques faits montrent que des guérisons ont pu se montrer après une seule ou plusieurs ponctions; mais ces ponctions ne sont pas exemptes de danger, et dans le cas de phlegmasie du kyste, on n'aurait pas de voie ouverte à la suppuration. C'est à l'expérience de prononcer; elle seule pourra nous dire aussi quelle est la valeur d'un moyen proposé par M. Cruveilhier, qui conseille d'aller porter la mort aux acépha-

locystes, au moyen d'une aiguille à acupuncture qu'on promènerait dans tous les sens à l'intérieur du kyste.

OBSERVATION Ire.

Kyste de la face convexe du foie; traitement par l'injection iodée; méthode de Récamier. Mort, autopsie.

Marg..., femme âgée de 27 ans. Sa santé a toujours été bonne, elle entre à l'hôpital pour une affection utérine caractérisée par des pertes de sang peu abondantes. L'examen de l'organe a démontré seulement l'existence de quelques granulations du col; toutes les fonctions s'exécutent bien, il faut en excepter toutefois la menstruation.

En examinant avec soin la malade, on s'aperçoit bientôt qu'elle porte dans le ventre une tumeur volumineuse. Voici les renseignements fournis par la malade : au mois d'octobre 1848, elle fut prise tout à coup d'une douleur vive dans la région du foie; quelques sangsues furent appliquées, mais rien de notable du côté du foie. Deux mois après, elle était bien, et elle se mit en ménage.

En juillet 1849, on lui fait remarquer que le côté droit de son corps était plus volumineux que le gauche. Vient ensuite une grossesse heureuse, qui se termine par un accouchement favorable. Le côté droit continue d'augmenter, mais sans la moindre douleur. Une année plus tard, deuxième grossesse, pénible. Cette fois, accouchement laborieux, enfant mort.

État actuel, février 1854. Toute la région hépatique et ses environs sont plus tendus que d'habitude, il y a un défaut prononcé de symétrie entre les deux côtés; vu de profil, le diamètre antéro-postérieur de la région paraît augmenté.

L'abdomen renferme une tumeur que la percussion permet de limiter exactement. En effet, depuis la clavicule droite, on trouve de la sonorité jusqu'à la troisième côte; à partir de ce point, matité

absolue jusqu'à une ligne passant par l'ombilic. Du côté gauche, l'absence de son existe à partir de la cinquième côte.

Par la palpation, on circonscrit très-bien la tumeur ; sa consistance varie, dure vers le bas, elle est manifestement fluctuante au-dessous des côtes et à la région épigastrique. Le frémissement hydatique manque complétement ; l'auscultation montre l'absence du murmure vésiculaire dans la partie inférieure du thorax. Digestions bonnes, constipation légère.

Respiration pénible, dyspnée pendant la marche, légère toux sans expectoration.

La malade se tient au lit, la tête élevée, soit sur le dos, soit sur le côté droit ; si elle se couche à gauche, immédiatement elle manque de respiration.

Comme sensation, la malade indique de la gêne, de la lourdeur, de la tension dans le côté, mais pas autre chose.

Quelle est cette maladie? On porte sans hésiter le diagnostic de kyste hydatique du foie ; tous les symptômes sont réunis : tumeur d'un grand volume, indolente, fluctuante, le degré de fréquence de cette affection, la situation de la tumeur.

Le 28 février. Application de pâte de Vienne dans un point correspondant au bord externe du muscle droit, à 2 centimètres et demi au-dessous du rebord des côtes.

Le 4 mars, seconde application de caustique ; légère réaction. — Repos au lit.

Le 20 avril, on continue les applications de caustique. La malade, qui d'abord allait assez bien, présente une altération notable dans sa santé ; des frissons se montrent de temps en temps. Il y a huit jours, M. Nélaton a plongé une aiguille à cataracte, afin de juger de la distance séparant le kyste des téguments. Cette exploration, qui paraissait sans danger, a été le point de départ des accidents (dyspnée, douleurs épigastriques, vomissements, pouls très-fréquent, petit, irrégulier). On diagnostique une péritonite de la surface diaphragmatique. — Vésicatoire, onction mercurielles.

Le 23, on a fait une ponction à travers l'eschare, et elle a donné issue à 2 litres 12 cent. d'un liquide un peu louche, renfermant des pellicules blanchâtres et d'une odeur très-fétide.

Le 25. La ponction n'a déterminé aucun accident; le pouls est un peu moins fréquent, mais la matité remonte toujours jusqu'à la troisième côte.

Le 27. La canule a été laissée en place, ce qui permet de faire écouler du liquide; celui-ci est plus épais, plus fétide, plus jaune, que la première fois. Du reste, la voie n'est pas bien établie; la canule est trop fine et l'écoulement se fait mal. — Injection de :

Eau	150	grammes.
Teinture d'iode	50	—
Iodure de potassium....	2	—

Le 30. L'injection n'a pu être évacuée; la canule est sortie. Une nouvelle ponction ne donne pas issue au liquide du kyste.

Le 3 mai. La malade, qui semblait mieux, a été prise de nouveaux accidents; elle se plaint de douleurs à la gorge, avec sécheresse extrême; elle ne peut rien avaler.

Le 6, l'état général est plus grave.

Le 7, la malade succombe, sans rien présenter de remarquable.

Autopsie. Femme un peu amaigrie; la peau présente une teinte jaune-paille assez prononcée. La paroi abdominale est disséquée : dans aucun point, on ne trouve d'adhérences; il y a seulement quelques brides très-faibles au niveau des piqûres. La ponction a été faite à peu près au centre de la tumeur; la tumeur adhère à la face inférieure du diaphragme, il y a là les traces d'une péritonite; l'épiploon, qui était plissé au devant de la tumeur, a été traversé par le trois-quarts.

Le foie est volumineux et s'étend jusque dans l'hypochondre gauche, qu'il remplit; la division en deux lobes existe encore : le gauche a le volume d'un lobe droit ordinaire; le lobe droit n'existe que par en bas, en haut il est surmonté par le kyste développé dans

son épaisseur. Ce kyste est fluctuant, renferme des gaz, car il est manifestement sonore; ce kyste remplit les deux hypochondres et l'épigastre; il refoule le diaphragme et atteint à droite la troisième côte, à gauche, la quatrième.

Les parois du kyste sont épaisses d'un centimètre, et dans cette épaisseur, le tissu hépatique entre au moins pour moitié; en effet, le foie envoie une lame de son tissu, qui recouvre le kyste dans la plus grande partie de son étendue. La membrane interne du kyste est blanche, d'épaisseur variable; par place, elle est molle, réduite en pulpe; par place, elle est doublée par des pellicules jaunâtres qui sont des combinaisons d'iode et de matières albumineuses. En un mot, le kyste paraît en pleine suppuration, et sa membrane interne en voie de destruction.

Le kyste renferme plus de 3 litres de sérosité purulente; de plus, il y a deux hydatides de la grosseur d'une noix, deux comme des oranges, et une dont le volume égale celui d'une tête d'un enfant de 12 ans. Cette dernière est si volumineuse, qu'on la prend pour la membrane interne du kyste; elle présente à sa face interne des saillies inégales. Toutes ces vésicules sont flasques; leur tissu se déchire très-facilement.

L'estomac est refoulé vers la partie inférieure de l'abdomen.

Les deux poumons sont sains; emphysème sous-pleural. La cavité du péricarde est remplie de sérosité. Dans le voisinage du kyste, la dissection attentive m'a montré la présence du pus dans quelques ramifications des veines sus-hépatiques. J'ai cherché vainement des communications entre ces veines et la surface interne du kyste.

OBSERVATION II.

Kyste de la surface convexe du foie ayant gagné la cavité thoracique; kystes multiples en communication avec les conduits de la bile; pleurésie. Mort.

Féring..., femme âgée de 21 ans, fille publique. Cette femme, brune, pâle, d'embonpoint médiocre, s'est toujours bien portée

jusqu'à il y a trois ans ; elle a encore sa mère et une sœur, qui toutes deux sont de bonne santé. La malade a toujours habité Paris ; enfant elle était bien portante. Ses règles sont venues à l'âge de 12 ans, sans occasionner de troubles ; elles ont été depuis bien régulièrement. Depuis l'âge de 17 ans, elle est sujette aux douleurs d'estomac ; les digestions sont un peu pénibles. Elle mentionne une douleur dans l'épaule droite, douleur assez forte, ne paraissant que par intervalle, et dont l'origine remonte à trois ans.

Il y a dix mois environ, elle s'aperçut que sa santé était moins bonne ; elle maigrissait, avait perdu l'appétit, et ses digestions étaient encore moins bonnes. Bientôt elle éprouva de la douleur dans le côté droit ; douleur lancinante continue existant en avant, au-dessous du sein, en arrière, au niveau de l'angle du scapulum. Tous les mouvements augmentaient la douleur et déterminaient dans le côté des sensations pénibles et singulières ; elle était obligée de rester sur le dos. La malade garda le lit trois semaines ; deux vésicatoires furent appliqués, et tout rentra dans l'ordre. Un peu plus tard, nouvelles douleurs ; nouveaux vésicatoires, des ventouses, etc. La malade garda le lit pendant deux mois ; en même temps, elle toussait et rendait des crachats parfois striés de sang. La malade, tantôt bien, tantôt plus mal, ne pouvait reprendre ses occupations ; déjà, depuis longtemps, elle ne pouvait plus supporter de corset, et, il y a deux mois seulement, on lui fit remarquer que sa taille grossissait.

Depuis quinze jours, elle tousse beaucoup, et elle nous est adressée comme malade de la poitrine. Entrée le 10 mars 1855.

État actuel. La face est pâle, les yeux sont excavés, les lèvres sont décolorées ; la malade respire difficilement ; la peau est chaude, le pouls à 120 ; toux continuelle ; peu d'expectoration, sans caractères.

L'abdomen est modifié dans sa forme ; il est tendu et plus développé que d'habitude. La base de la poitrine paraît plus ample ; la région épigastrique présente une voussure qui remplace l'excavation

normale. La palpation permet de reconnaître que ces modifications de forme sont dues à la présence d'une tumeur qui occupe l'hypochondre droit, la région épigastrique, empiète sur la région du flanc, et qui descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; cette masse se compose de deux portions, dont la consistance varie. Une première portion occupe le creux épigastrique, le voisinage du rebord costal droit; elle est élastique, fluctuante. L'autre portion, plus inférieure, a la consistance solide du foie. La palpation est à peine douloureuse, et la masse tout entière suit les mouvements du diaphragme; elle monte dans l'expiration, descend dans l'inspiration.

La percussion donne un son mat dans toute l'étendue de la tumeur. La matité remonte dans le thorax en avant et à droite jusque dans le troisième espace intercostal; en arrière, la sonorité apparaît vers l'angle de l'omoplate. Du côté gauche, la tumeur atteint la septième côte.

L'auscultation donne ce qui suit : absence du murmure vésiculaire dans tout le côté droit jusqu'à la troisième côte; au-dessus, la respiration est plus ample que de coutume. A gauche, du râle sibilant dans toute la hauteur du poumon et en arrière; en avant, la respiration est vésiculaire. La voix n'est pas modifiée soit à gauche soit à droite.

Pouls à 120, peau chaude; pertes utérines depuis cinq mois; respiration difficile; absence d'appétit. On diagnostique un kyste du foie, développé du côté du thorax.

Le 30, la malade est mieux; son pouls a diminué de fréquence; tous signes de tuberculisation manquant, on commence le traitement du kyste, et pour cela on applique une couche de pâte de Vienne un peu au-dessous du rebord des côtes, à peu près au bord externe dumuscle droit.

Le 1er avril, la malade a un peu de fièvre, la respiration est gênée.

Le 2, douleur du côté gauche.

Le 4. Ce matin, la malade a été prise d'un violent frisson qui a

duré plus d'une heure; pouls à 130, point de côté. On diagnostique une pleurésie et on ordonne l'application d'un vésicatoire.

Le 5, la malade succombe à l'asphyxie.

Autopsie. L'abdomen largement ouvert, on constate le foie, augmenté de volume, qui descend jusqu'à l'ombilic, où il est recouvert par une anse intestinale; il s'étend à gauche jusque dans l'hypochondre gauche; il est surmonté par une tumeur blanche qui occupe la région épigastrique, et qui déborde les côtes droites. Cette tumeur est constituée par un vaste kyste qui refoule le diaphragme, et arrive ainsi jusqu'à la deuxième côte. Le poumon, très-aminci, recouvre ce kyste en avant et en arrière seulement jusqu'au quatrième espace intercostal.

Le diaphragme est intact, et la tumeur peut en être séparée.

L'incision du kyste donne issue à 4 litres d'un liquide transparent: ce liquide est contenu dans l'intérieur d'une poche hydatique.

Les parois du kyste sont très-minces, 4 millimètres; leur surface est irrégulière, d'une couleur blanc jaunâtre.

Dimensions du kyste: { hauteur plus grande, foie et kyste, 48 cent.; le kyste seul, 27 cent.
circonférence plus grande, 55 cent.; plus petite, 34 cent.

Outre ce kyste volumineux, le foie contient dans son épaisseur six autres kystes, dont le volume varie entre celui d'une noix et celui d'une pomme; tous renferment, au lieu d'un liquide, une bouillie épaisse, jaune, et des plaques dures, évidemment formées par la bile concrétée.

La dissection d'un de ces kystes m'a démontré les particularités suivantes : les parois du kyste, d'ailleurs assez irrégulières, présentaient cinq trous du volume d'une lentille; ces trous étaient indiqués par une légère dépression bordée à sa circonférence par un relief membraneux d'aspect séreux: ceci est très-comparable au trou de Botal et à la valvule qui le ferme. Pour constater à quelle partie correspondaient ces trous, j'ai disséqué les ramifications des canaux

biliaires, celles de la veine porte, celles de l'artère hépatique, et alors j'ai constaté que toutes ces ramifications couvraient la surface extérieure du kyste d'un réseau très-abondant. De plus, un stylet introduit dans les ramifications biliaires arrivait dans le kyste à travers l'un des orifices ci-dessus mentionnés; de plus, en introduisant un stylet par l'un des trous, on suivait la paroi du kyste et on arrivait au trou suivant. Enfin des manœuvres semblables, exécutées soit pour les ramifications porte, soit pour celles de l'artère hépatique, ont montré l'indépendance de ces vaisseaux avec la cavité du kyste.

J'ai rendu M. le professeur Cruveilhier témoin de ces détails remarquables.

Pour terminer ce qui a rapport à l'autopsie, j'ajouterai que le foie avait refoulé à gauche l'estomac, devenu vertical; les deux poumons étaient sains; la plèvre gauche présentait les traces de la pleurésie observée pendant la vie.

OBSERVATION III.

Kyste de la surface convexe du foie, ayant envahi le thorax; autopsie.

En arrivant à l'hôpital de Bicêtre, pour y remplir les fonctions d'interne, je trouvai dans les salles un homme qui mourut trois jours après. Ce malade, que je ne pris pas le temps d'examiner, avait la respiration très-anxieuse, et se plaignait d'une douleur vive au côté gauche de la poitrine. On le traitait, disait-il, pour un catarrhe; depuis plusieurs années, il avait la respiration courte, et avait eu, deux ans avant, une pleurésie du côté droit. Cet homme, âgé de 58 ans, succomba aux progrès de l'asphyxie. L'autopsie, faite avec soin, me montra les causes de la mort.

Après avoir enlevé la paroi abdominale, je fus frappé de voir une grosse masse blanche qui surmontait le foie; ce viscère, notablement refoulé en bas, n'était distant de l'ombilic que de trois travers de doigt. En examinant cette masse blanche, je vis qu'elle était formée par un kyste développé à la surface convexe du foie;

cette tumeur se portait en haut et à gauche, remplissait toute la région épigastrique, mais on ne pouvait voir ses limites supérieures. J'enlevai alors la paroi antérieure du thorax, en respectant les côtes qui donnent insertion au diaphragme, et je pus constater que le kyste, coiffé du diaphragme, remontait dans le thorax. A droite, il atteignait la deuxième côte ; le poumon, très-comprimé, était réuni à une lame mince qui descendait en arrière jusqu'à la quatrième côte. De plus le kyste s'étendait en largeur, dépassait le bord gauche du sternum de cinq à six travers de doigt. Le cœur, repoussé en haut et à gauche, occupait la paroi latérale gauche de la poitrine. Le poumon gauche était très-comprimé, et la cavité de la plèvre gauche présentait les signes d'une pleurésie récente.

J'incisai le kyste, et il s'en écoula à peu près 3 litres d'un liquide transparent. Je pus alors constater que c'était un kyste hydatique, dont la paroi externe avait 3 à 4 millimètres d'épaisseur dans les points le plus minces, jusqu'à 6 et 8 millimètres vers le foie. A l'intérieur de la paroi, se trouvait une poche blanche et molle, qui avait tous les caractères des poches hydatiques.

Un petit kyste du volume d'une pomme occupait la face inférieure du foie ; son contour était une bouillie épaisse d'une couleur jaune foncé.

Le foie avait son volume normal ; rien dans les poumons ; les autres viscères étaient sains.

Le kyste vidé, les parois n'en restaient pas moins fermes et éloignées les unes des autres.

L'observation suivante est empruntée au mémoire de M. Vigla.

OBSERVATION IV.

Kyste de la face convexe du foie, signes physiques insidieux ; rupture dans le péritoine.

Un homme de 45 ans reçut, il y a cinq ans, un coup de timon de

voiture sur l'hypochondre droit ; après l'accident, on appliqua des sangsues qui parurent enlever complétement le mal. Il jouissait d'une bonne santé, lorsqu'il y a trois mois le malade fut pris d'une douleur vive dans le côté droit de la poitrine, avec gêne croissante de la respiration, fièvre et toux.

Depuis l'invasion, le malade s'est affaibli, est considérablement amaigri ; aujourd'hui ce sont les mêmes symptômes passés à l'état chronique : douleur peu vive, fièvre, toux, gêne de la respiration. A l'auscultation, rien à gauche ; de même à la percussion ; à droite, son mat en avant comme en arrière, depuis la base jusqu'au sommet de la poitrine ; ni respiration vésiculeuse, ni respiration bronchique, ni égophonie ; le foie ne déborde pas les côtes.

On diagnostique un épanchement pleurétique.

Peu de jours après, le malade succombe aux accidents d'une péritonite causée par la rupture de l'épanchement dans le ventre.

A l'*autopsie*, épanchement sanguinolent dans le ventre, crevasse à la partie inférieure du foie, qui refoule, en s'élevant dans la poitrine, le diaphragme et le poumon droit jusqu'à la deuxième côte. Le kyste renfermait une hydatide unique mais énorme. Le lobe droit du foie adhérait un peu au diaphragme.

J'emprunte à l'excellente thèse de mon ami Cadet de Gassicourt une observation très-intéressante sous bien des rapports ; je passe sous silence certains détails qui n'ont pas trait au sujet qui m'occupe.

OBSERVATION V.

Kystes hydatiques du foie ; ouverture de l'un d'eux dans la cavité de la plèvre ; mort et autopsie.

La nommée Victorine L..., âgée de 31 ans, domestique, entrée dans le service de M. Briquet, le 10 juin 1853. Cette femme est petite, maigre, bonne santé antérieure. En décembre 1852, elle

commença à ressentir quelques douleurs au côté droit, et, en janvier 1853, elle se présenta à la Charité pour un point de côté, au niveau du dixième espace intercostal. La percussion donnait de la matité en arrière, depuis l'angle inférieur du scapulum en avant, depuis le mamelon jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous des fausses côtes; légère dilatation de la poitrine. On diagnostique une pleurésie. — Ventouses scarifiées, vésicatoires.

La malade sortit en bon état; mais de nouvelles douleurs survinrent. Le ventre prit du développement, et elle revint en juin.

État au 6 août. Amaigrissement, teinte jaune-paille de la face. Digestion bonne, appétit faible. La respiration est fréquente (28 pulsations par minute) et s'accélère notablement par les mouvements; elle affecte surtout le type costal supérieur. Le corps de la malade paraît étroit aux épaules et renflé vers le milieu à l'épigastre; il diminue vers le bassin. Ainsi on trouve 92 centimètres au niveau de l'ombilic, 86 au niveau du creux épigastrique, 80 au niveau de la cinquième côte. Les dernières côtes sont soulevées et projetées en dehors; les veines sous-cutanées sont très-développées. A la percussion, le son, sous la clavicule droite, paraît plus sonore que celui du côté opposé; il s'étend jusqu'au deuxième espace intercostal. La matité commence alors et se prolonge jusqu'à l'ombilic. La respiration est faible, mais elle s'étend jusqu'à la quatrième côte. A gauche, la matité paraît au niveau de la troisième côte et va jusqu'à l'ombilic. Le cœur bat dans le cinquième espace intercostal, à deux travers de doigt en dehors du mamelon.

En arrière, sonorité à droite, depuis le sommet jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur du scapulum, puis matité; à gauche, son normal, jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'omoplate. Aucune modification de la voix.

A la percussion et à la palpation de l'abdomen, on sent une tumeur dure, égale, occupant les deux hypochondres et l'épigastre; sensation vague de fluctuation vers l'épigastre.

Une ponction faite au-dessous des fausses côtes gauches donne issue à 1500 gr. de liquide transparent et incolore.

La malade se trouve notablement améliorée ; mais le ventre, qui a diminué du côté gauche, reste gros du côté droit.

Le 24 octobre, à la suite d'une vomique, la malade tombe dans un état asphyxique.

Autopsie. Dans l'abdomen, le foie descend à droite, depuis le diaphragme jusqu'à la crête iliaque (26 centimètres et demi de hauteur); il s'étend en travers jusqu'à la rate (25 centim.). Adhérences au foie avec le péritoine des parois abdominales. On trouve à gauche un kyste : c'est celui qui a été ponctionné ; sa face interne mesure 19 centimètres environ ; les parois, dures, résistantes, ont une épaisseur de 7 millimètres. A droite, le foie forme une énorme tumeur qui s'étend jusqu'au sommet du poumon droit ; on trouve 45 centimètres, depuis le haut jusqu'au bord inférieur du foie. Cette tumeur est fluctuante. L'incision donne issue à 2 litres et demi d'un liquide verdâtre et très-fétide. Il y a, de plus, une hydatide unique remplissant la poche. Cette vaste cavité a 25 centimètres de hauteur, 43 centimètres de circonférence; sa base, formée par le foie excavé, a 16 centimètres transversalement et 13 centimètres d'avant en arrière.

Le poumon droit est repoussé en haut, en arrière et en dedans; il occupe à peine le quart de son volume normal; il adhère à la plèvre pariétale. La tumeur, en dedans, est appliquée sur le péricarde; sa surface interne est d'un blanc mat, rugueux, inégal ; son aspect rappelle celui de la plèvre chroniquement enflammée.

Les parois de cette poche sont ainsi constituées : en bas, une large excavation du tissu propre du foie, puis un tissu blanc, dur, résistant, d'aspect fibreux. Puis, dans une hauteur de 10 centimètres, les parois sont formées par ce même tissu blanc, une légère couche de tissu du foie, puis le diaphragme, qui, de plus en plus mince, finit par manquer.

Le kyste communique avec une caverne pulmonaire, dans laquelle viennent s'ouvrir trois bronches.

Réflexions. Nous voyons encore ici un kyste du foie intra-thoracique qui a simulé une pleurésie. La présence du deuxième kyste, reconnue par la ponction, eût pu faire songer à l'existence d'une tumeur semblable, et engager le médecin à pratiquer la thoracentèse.

L'état du kyste ponctionné a fait supposer à l'observateur que cette tumeur était en voie de guérison à la suite d'une simple ponction; mais les détails nécessaires manquent pour entraîner notre conviction.

On trouve la relation suivante dans les bulletins de la Société anatomique pour 1851.

OBSERVATION VI.

« M. Combessis met sous les yeux de la Société un kyste hydatique très-volumineux, occupant la surface convexe du foie, et qui, pendant la vie, avait simulé une pleurésie.

« C..., âgé de 29 ans, journalier, entre à l'Hôtel-Dieu le 10 septembre 1851. Il raconte qu'il y a deux mois, sans cause connue, dans le cours d'une santé parfaite, il a éprouvé une douleur dans le côté droit de la poitrine, avec gêne de la respiration. Il entra alors à l'hôpital, où il fut traité, dit-il, pour une pleurésie. On trouve, en effet, dans l'endroit indiqué, les traces de ventouses scarifiées. Après être resté un mois à l'hôpital, il en sortit, mais fut forcé, quinze jours après, de rentrer à l'Hôtel-Dieu. Quand je vis le malade pour la première fois, le 27 octobre, son état n'avait subi aucune amélioration sous l'influence des diurétiques et des purgatifs. Il était maigre, pâle, avait peu d'appétit, et éprouvait de la diarrhée; la respiration était gênée et fréquente. La poitrine était sonore du côté

droit jusqu'à la deuxième côte, quand on percutait le malade horizontalement placé, jusqu'à la troisième côte lorsqu'il était à son séant.

« Dans tout le reste de la hauteur de la poitrine, la percussion faisait entendre une matité absolue qui se prolongeait sur la région du foie et descendait jusqu'à l'ombilic. Dans la partie sonore, on entendait un souffle bronchique très-intense. Dans le reste du côté, la respiration manquait complétement. Pas d'égophonie du côté gauche; au contraire, la respiration était forte et puérile; l'hypochondre droit était saillant, les espaces intercostaux plus élargis; les veines sous-cutanées nombreuses et volumineuses. A ce niveau, l'abdomen était distendu par une tumeur ferme, débordant de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, et s'étendant obliquement à gauche pour passer un peu au-dessous de l'ombilic. Pas d'épanchement dans la cavité du péritoine. La malade succomba le 1er novembre 1851.

« A l'autopsie, on trouva que la tumeur saillante dans le côté droit de l'abdomen était le foie chassé hors de l'hypochondre droit; sa face supérieure correspondait au rebord des fausses côtes. Au-dessus du foie, s'étendant en haut jusqu'à la troisième côte, existait une tumeur arrondie, très-volumineuse, refoulant le diaphragme dans le côté droit du thorax. Cette tumeur fluctuante se rompit pendant qu'on l'enlevait et donna écoulement à un liquide incolore transparent. A l'intérieur, on trouva une poche blanchâtre, opaque, qui contenait le liquide indiqué plus haut, sans aucun débris d'hydatides. Le poumon droit avait à peine le volume du poing et nageait dans la sérosité transparente. On ne trouvait aucun indice de phlegmasie de la plèvre. »

OBSERVATION VII.

« Une fille âgée de 28 ans, de petite stature et d'une constitution faible, se présente à l'hôpital Cochin, en mars 1808, avec tous les signes d'une ascite et d'un hydrothorax. Interrogée sur son état antérieur, elle répondit qu'elle avait déjà été malade de la même manière, et

avait été guérie à l'Hôtel-Dieu par des purgatifs répétés ; mais peu à peu l'hydrothorax s'était renouvelé ; elle ajouta qu'elle n'avait jamais été réglée, et qu'elle était sujette aux épistaxis. La face était violacée, la respiration fort difficile. On examina la poitrine : elle rendait dans sa totalité un son mat. La malade ne pouvait se coucher que sur le côté droit. Elle fut soumise à divers traitements qui furent inutiles, et elle succomba.

«A l'ouverture du cadavre, on trouva un kyste membraneux énorme placé dans la région hypochondriaque droite et qui s'était développé en refoulant le foie vers l'hypochondre gauche. Le diaphragme était confondu avec le tissu de ce kyste. Dans la poitrine, le kyste avait porté le cœur en avant et au-dessus de son lieu naturel, et les poumons, réduits au plus petit volume qu'on puisse leur supposer, s'étaient pour ainsi dire cantonnés dans le haut du thorax ; ils n'avaient dans leur longueur que trois travers de doigt. On ouvrit ce kyste énorme, on le trouva occupé par une vaste hydatide ronde, et qui contenait 3 litres de liquide. » (J. Mercier, *Dissert. sur l'hydrothorax,* page 21 ; Paris, 1810.)

OBSERVATION VIII.

Les bulletins de la Société anatomique pour 1845 donnent le fait suivant, communiqué par M. Cruveilhier. Un cordonnier, âgé de 61 ans, faible, sans mouvement fébrile, entré depuis peu de temps à la Charité. Le foie est volumineux, il déborde les fausses côtes, se prolonge et remonte en haut jusqu'à la deuxième côte ; la respiration est pure dans la partie supérieure du poumon ; la percussion est douloureuse dans la région occupée par le foie ; sensation de fluctuation dans la région du foie. Cette région est bombée, mais lisse. Dépérissement, hydropisie. Diagnostic : kyste hépatique, hydatique probable.

Mort peu de temps après son entrée.

Autopsie. Confirmation du kyste. Un kyste volumineux developpé

dans le foie traversait le diaphragme, et refoulait le poumon droit ; une seule membrane formait ce kyste, et dans son intérieure se trouvait une vaste hydatide. Le cœur était refoulé à gauche et en avant.

RÉSUMÉ.

Les kystes du foie peuvent être divisés en grands et petits kystes.

Les grands kystes sont ceux qui contiennent plus d'un litre de liquide, et gênent mécaniquement.

Parmi les grands kystes on doit distinguer une variété, ce sont les kystes de la face convexe du foie.

Les kystes de la surface convexe du foie ont une marche presque régulière, ils gagnent la cavité thoracique en refoulant le diaphragme et le poumon.

En même temps que ces kystes envahissent le thorax, ils abaissent le foie, gagnent l'épigastre, et produisent ainsi une déformation caractéristique de la maladie.

La déformation de la région, la consistance de la tumeur, ses caractères physiques, et la marche de la maladie, permettront de faire le diagnostic.

Les kystes du foie peuvent guérir spontanément par suite de l'entrée de la bile à leur intérieur.

La guérison spontanée des grands kystes ne doit pas être attendue. Les adhérences entre les parois du kyste et celles de l'abdomen ne sont pas indispensables ; les moyens employés pour obtenir ces adhérences ne sont pas sans inconvénient.

Il faut traiter les kystes du foie par la ponction avec un gros trois-quarts, et laisser la canule à demeure. Les injections iodées entraînent la formation d'une pellicule qui semble devoir nuire à la cicatrisation du kyste.

L'injection de bile pourrait être employée pour s'opposer à la décomposition putride des liquides contenus dans le kyste.